



# CONTRATO PROGRAMA DE CENTRO 2023

## GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

## Condiciones generales

La Ley 11/2017, de 22 de diciembre, **de buen gobierno y profesionalización de la gestión de los centros y organizaciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud** establece los instrumentos de buen gobierno mediante la dotación al sistema sanitario madrileño de un marco estructural y organizativo moderno, ágil y eficaz, con el fin de lograr mayor eficiencia y calidad, más participación y control, más transparencia y rendición de cuentas en la gestión sanitaria, teniendo presente el enfoque del paciente como eje del sistema.

Asimismo, la Ley refuerza tanto la participación profesional para garantizar el rigor científico-profesional en la toma de decisiones, favorecer la implicación de los profesionales sanitarios con sus centros, hacer el proceso de toma de decisiones más transparente y participativo y mejorar su calidad, como para el mejor cumplimiento de sus fines, actuando bajo el principio de autonomía de gestión, dentro de un marco general común, establecido por el Servicio Madrileño de Salud, que tiene como instrumentos de referencia el Contrato Programa y el presupuesto.

Mediante Decreto 66/2022, de 20 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica el Decreto 88/2021, de 30 de junio, del Consejo de Gobierno, se define estructura orgánica básica de las Consejerías de la Comunidad de Madrid y el Decreto 42/2021, de 19 de junio, de la Presidenta de la Comunidad de Madrid se establece el **número y denominación de las Consejerías de la Comunidad de Madrid y se atribuye a la Consejería de Sanidad** las competencias atribuidas hasta la fecha.

El Decreto 1/2022, de 19 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de **la Consejería de Sanidad**, sobre competencias del Consejero de Sanidad, establece: *“Al titular de la Consejería de Sanidad le corresponde la propuesta, el desarrollo, la coordinación y el control de la ejecución de las políticas del gobierno de la Comunidad de Madrid en las siguientes materias: Planificación, gestión y asistencia sanitaria, atención farmacéutica, infraestructuras y equipamientos sanitarios, aseguramiento sanitario, docencia y formación sanitaria, investigación e innovación sanitaria, humanización sanitaria, coordinación socio-sanitaria, ...”*.

*Asimismo, le corresponden las atribuciones que, como Jefe de su Departamento, se recogen en el artículo 41 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid, las establecidas en la Ley 12/2001, de 21*

*de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, y las que le otorguen las demás disposiciones en vigor”.*

El titular de la **Viceconsejería de Asistencia Sanitaria y Salud Pública** es, después del titular de la Consejería, la superior autoridad en las materias propias de su competencia, correspondiéndole el ejercicio de las funciones previstas en el artículo 44 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid y, **en particular, el estudio, negociación y firma de los contratos programa.**

Corresponde a la Dirección General del **Servicio Madrileño de Salud**, las funciones que a dicho organismo atribuyen los artículos 61 y 81 de Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, consignados en el artículo 5 del Decreto 14/2005, de 27 de enero, del Consejo de Gobierno, de régimen jurídico y funcionamiento, del Servicio Madrileño de Salud, que incluye:

- ✓ *La distribución de los recursos económicos afectos a la financiación de los servicios y prestaciones que establece el Sistema Nacional de Salud, mediante instrumentos de compra de actividad asistencial a la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.*
- ✓ *El gobierno, dirección, control y gestión de los recursos, centros y servicios asistenciales adscritos al Servicio Madrileño de Salud.*
- ✓ *El establecimiento, gestión y actualización de los acuerdos, convenios y conciertos con entidades no administradas por la Comunidad de Madrid en el ámbito de sus competencias para el cumplimiento de sus funciones.*
- ✓ *La propuesta de creación de cualesquiera entidades admitidas en derecho o su participación en las mismas.*
- ✓ *La gestión y ejecución de las actuaciones y programas institucionales en materia de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación, de acuerdo con el Plan de Servicios y el Programa de Asignación por Objetivos Sanitarios del Servicio Madrileño de Salud.*
- ✓ *La gestión de los servicios y prestaciones de asistencia sanitaria en sus centros y servicios asistenciales.*
- ✓ *La gestión de los recursos materiales y financieros que le sean asignados para el desarrollo de sus funciones.*
- ✓ *La gestión de los acuerdos, convenios y conciertos suscritos para la prestación de los servicios.*

En el caso de la gestión de los centros y organizaciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud, la Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud, en su artículo 24 regula el contrato Programa de las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud que, de acuerdo con el presupuesto, deberá permitir que la descentralización de la gestión se fundamente en una rendición de cuentas integrada que vincule financiación, recursos, actividad, calidad y resultados. Además, en el ámbito de cada gerencia, en aplicación del principio de descentralización, el contrato programa se desplegará en acuerdos de gestión con las áreas, institutos, servicios o unidades en las que la organización sanitaria esté internamente constituida, de modo que la combinación de dichos acuerdos sea congruente y sustente el conjunto del Contrato Programa.

El apartado 6 de dicho artículo establece que el cumplimiento del Contrato Programa se hará a través de un cuadro de mando con indicadores relativos a cada una de las dimensiones y objetivos establecidos, y con la desagregación hasta el nivel de unidades. El mencionado cuadro de mandos mostrará los objetivos previstos y el avance o desviaciones producidas y el control de gestión se hará trimestralmente.

Con carácter general, corresponde a la **Dirección General del Proceso Integrado de Salud** el ejercicio de las funciones que el artículo 47 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid, otorga a los directores generales de las consejerías, debiendo entenderse referidas al Director General del Servicio Madrileño de Salud las referencias que este artículo realiza a los consejeros. Entre otras, **le corresponde la elaboración, seguimiento, evaluación y control de objetivos e indicadores asistenciales de las Gerencias de Atención Primaria y SUMMA 112**, así como la gestión de las medidas necesarias para su cumplimiento efectivo.

A fin de cumplir con las funciones legalmente encomendadas, ejercer su misión, cumplir con sus compromisos y valores corporativos y hacer posibles las líneas estratégicas generales, el SERMAS dispone un conjunto de recursos, servicios y actividades y los centros de salud se comprometen a que se concreten según las obligaciones recogidas en el siguiente contrato programa de centro.

## Clausulado

Entre las funciones que debe ejercer la Gerencia Asistencial de Atención Primaria están la fijación de objetivos y el desarrollo de indicadores que permitan evaluar la eficacia y la eficiencia en la gestión de los centros de salud, así como la efectividad clínica de sus actuaciones sanitarias.

Un contrato programa es la herramienta que vincula las prestaciones, los recursos disponibles y su gestión y organización con la consecución de determinados objetivos y resultados estratégicos para la organización, en el ámbito de la mejora continua. Implica transparencia, pues hace explícitas obligaciones y objetivos, y supone un compromiso.

El contrato programa no es una representación de la actividad de los centros, sino que ha de tender a buscar la efectividad y la eficiencia de nuestras actuaciones. Para ello es necesaria la participación e implicación de todos: cada centro de salud aporta y suma al resultado final de la Comunidad de Madrid.

El planteamiento de los objetivos e indicadores que componen el contrato programa se hace a través de las **4 perspectivas de Kaplan y Norton**, que incluyen las dimensiones que expresan la calidad de la prestación del servicio que se ofrece, permitiéndonos continuar con la evolución del enfoque basado en la coordinación y continuidad asistencial. El acuerdo implícito continúa siendo la mejora continua, consustancial con el conjunto de la atención sanitaria, valorándose al cierre los resultados alcanzados.

Se establece como población de referencia la contemplada en la base de datos de Tarjeta sanitaria individual (TSI) a fecha 31 de diciembre de 2022. La plantilla a tener en cuenta incluye a los profesionales que trabajan de forma física en el centro de salud y en los consultorios locales dependientes de éste. A efectos del CPC **no se considerará plantilla del centro a los profesionales de las Unidades de Atención Específica, de los Centros de Atención Continuada ni del ESAPD.**

Este contrato programa va ligado a un sistema de ponderación con participación de todos los indicadores.

**PROCESOS ASISTENCIALES (45 PUNTOS):** Incluye las dimensiones de la calidad: adecuación, seguridad, efectividad, continuidad asistencial y coordinación sociosanitaria.

OBJETIVO	CÓDIGO INDICADOR	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
Mejorar los resultados alcanzados sobre la salud de las personas con patologías crónicas priorizadas	9.72.34	<b>Pacientes hipertensos con control de cifras de tensión arterial ajustados por edad.</b> (Nº de pacientes mayores de 14 años con historia clínica activa y criterios diagnósticos de hipertensión arterial, cuya última cifra de TA $\leq$ 140/90 mm Hg si su edad es $<$ 80 años, o cifra de TA $\leq$ 150/90 si su edad es $\geq$ 80 años/ Nº de pacientes mayores de 14 años con historia clínica activa y diagnóstico de hipertensión arterial) x 100.	Historia clínica activa: al menos un apunte en la historia clínica en el último año.  Diagnóstico de hipertensión arterial: hipertensión arterial no complicada (K86) e hipertensión arterial complicada (K87).	2
	9.72.09	<b>Pacientes diabéticos con adecuado control de hemoglobina glicada ajustada por edad.</b> (Nº de pacientes mayores de 14 años con historia clínica activa y diagnóstico de diabetes mellitus, cuya última cifra de HbA1 registrada sea $<$ 7% para $\leq$ 75 años y $<$ 8,5% para $>$ 75 años/ Nº de pacientes mayores de 14 años con historia clínica activa y diagnóstico de diabetes mellitus) x 100.	Historia clínica activa: al menos un apunte en la historia clínica en el último año. Se incluyen tres métodos de medida de la HbA1 ajustados a medida estándar de 7. CIAP: T90, excluyendo literales "Diabetes gestacional" y "Diabetes tipo MODY". Se incorporan las determinaciones rápidas de HbA1C a la fórmula de cálculo.	2
	9.72.36	<b>Pacientes con cardiopatía isquémica y/o ICTUS y cifras de tensión arterial controladas.</b> (Nº de pacientes entre 14 y 80 años con historia clínica activa en AP Madrid y con diagnóstico de cardiopatía isquémica y/o ICTUS, cuya última cifra de TA $\leq$ 140/90 en el último año/ Nº de pacientes entre 14 y 80 años con historia clínica activa y diagnóstico de cardiopatía isquémica y/o ICTUS) x 100.	Historia clínica activa: al menos un apunte en la historia clínica en el último año <b>CIAP Cardiopatía isquémica:</b> K74 Isquemia cardiaca con angina (con exclusión literal "Angina inestable"); K75 infarto agudo de miocardio; K76 Isquemia cardiaca sin angina. <b>CIAP ICTUS:</b> K89 Isquemia cerebral transitoria, K90 ACV/ICTUS/apoplejía; K91 enfermedad cerebrovascular	2
Mejorar la atención integral de las personas con enfermedad crónica compleja y/o deterioro funcional grave o total	5.05.30	<b>% personas con NIA asignado o deterioro funcional grave o total (Barthel <math>\leq</math>60) con seguimiento proactivo mensual.</b> (N.º de pacientes con asignación de nivel de intervención alto y/o Barthel $\leq$ 60 con seguimiento proactivo mensual en los tres últimos meses/ N.º de pacientes con nivel de intervención alto y/o Barthel $\leq$ 60) x 100.	Se considera seguimiento proactivo tanto el seguimiento telefónico como la <b>videoconsulta</b> o la visita domiciliaria realizada por un profesional sanitario, acompañada del correspondiente registro clínico en la historia.  Ver ficha del indicador en eSOAP  Barthel $\leq$ 60 o NIA desde, al menos, los últimos 4 meses.	3
	5.04.99	<b>% personas con NIA asignado o deterioro funcional grave o total (Barthel <math>\leq</math>60) con planes de cuidados definido.</b> (Nº de pacientes con asignación de nivel de intervención alto y/o deterioro funcional grave o total (Barthel $\leq$ 60) con planes de cuidados activos por CIAS de enfermería/ Nº de pacientes con asignación de nivel de intervención alto y/o deterioro funcional grave o total (Barthel $\leq$ 60) por CIAS de enfermería) x 100.	Para la valoración del indicador, se considera necesario el registro de, al menos, un seguimiento del plan (en día distinto a la fecha de inicio).  Excepción al seguimiento: los planes de cuidados iniciados (abiertos) en el mes previo al cierre del CPC (mes de diciembre) se contabilizan, aunque no tengan la visita de seguimiento.  Barthel $<$ 60 en los dos últimos años.	3

**PROCESOS ASISTENCIALES:** continuación

OBJETIVO	CÓDIGO INDICADOR	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
Mejorar la cobertura y atención de servicios priorizados	5.03.43 ¡De nuevo!	Índice sintético de Cartera de Servicios estandarizados.	<p>Representa el % de cumplimiento global de la CSE y se calcula en base a los resultados de los 222 indicadores, de cobertura y criterios de buena atención (CBA) que incluyen los 40 servicios (Sº) de la CSE.</p> <p>La puntuación final de cada servicio oscila entre 0 y 5 y se obtiene en base a la posición que ocupan los resultados de sus indicadores respecto a los valores prefijados de los estándares: mínimo (2 puntos), aceptable (3 p.) y óptimo (5 p.). Cálculo del IS: se suma la puntuación de los 40 servicios, se divide entre el máximo posible alcanzable (40 Sº en el estándar (E) óptimo x 5 p.) y se multiplica por 100.</p>	7
	Según servicio elegido	Servicio de CSE seleccionable 1* (indicadores de cobertura + CBA).	* Los 3 servicios que se detallan a continuación <b>han sido priorizados para su selección generalizada por parte de los CS</b> , ya que dan respuesta a Planes y Líneas Estratégicas actuales de la Comunidad de Madrid y de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, y promueven la atención a personas con problemas de salud presentes o futuros, de elevada prevalencia:	2
	Según servicio elegido	Servicio de CSE seleccionable 2* (indicadores de cobertura + CBA).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sº 404. Detección de RCV y otros problemas de salud prevalentes en el adulto.</li> <li>Sº 419. Atención a la persona adulta con trastorno neurocognitivo mayor</li> <li>Sº 420. Atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional.</li> </ul>	2
	Según servicio elegido	Servicio de CSE seleccionable 3* (indicadores de cobertura + CBA).	<p>Estos servicios PODRÁN NO SER SELECCIONADOS solo en el caso de que el resultado del año anterior (2022) hubieran ALCANZADO EL ESTANDAR ACEPTABLE, o sea, su puntuación global sea &gt;= a 3 puntos. En estos casos se pactarán servicios en la modalidad de Sº seleccionable**</p> <p>** Se seleccionarán <b>servicios que cumplan los siguientes criterios:</b></p>	2
	Según servicio elegido	Servicio de CSE seleccionable 4** (indicadores de cobertura + CBA).	<p>1º) Sº que se <b>sitúen por debajo del E Mínimo (&lt; 2 puntos)</b></p> <p>2º) Sº <b>entre el E. Mínimo y el E. Aceptable</b> (puntuación entre 2 y 2,99) solo cuando el centro no tenga suficientes servicios por debajo del E. mínimo o cuando el CS y/o la DA tenga un interés especial y argumentado para mejorar esa atención concreta.</p>	2
	Según servicio elegido	Servicio de CSE seleccionable 5*** (indicadores de cobertura + CBA). ¡Nuevo!	<p>*** Para potenciar la implementación de la Estrategia de Salud Comunitaria de AP, se seleccionará uno de los siguientes <b>servicios, cuando el resultado alcanzado en el cierre del año previo (2022) se sitúe por debajo del E. Mínimo (&lt; 2 puntos).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sº 503. Educación para la salud en centros educativos o</li> <li>Sº 508. Intervenciones comunitarias.</li> </ul> <p>En el caso de que el resultado sea &gt;= al E. mínimo también se podrá pactar uno de estos servicios con objeto de mantener o superar el resultado del año anterior, o bien se pactará un Sº de la modalidad de Sº seleccionable**</p>	2
Mejorar la seguridad de los pacientes en programa Prevecolon	5.75.27	SOH positiva en Prevecolon sin registro de seguimiento (sin petición de colonoscopia ni registro). (N.º de personas con SOH positiva en Programa Prevecolon sin registro de seguimiento (sin petición de colonoscopia ni registro) / N.º de personas con SOH positiva en Prevecolon) x 100.	Ver ficha en eSOAP.	1,5

**PROCESOS ASISTENCIALES:** continuación

OBJETIVO	CÓDIGO INDICADOR	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
Mejorar los resultados en el uso de los antimicrobianos	6.16.01 <i>¡De nuevo!</i>	<b>Actividades PROAmbulatorio</b> (Nº de actividades realizadas por el centro de salud).	<p>Promover el desarrollo de las actividades del PROA ambulatorio en los centros de salud. Las actividades a realizar son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Designación de un referente de antibióticos en el centro de salud.</li> <li>• 1 Sesión de seguimiento indicadores de prescripción de antibióticos</li> <li>• 2 Sesiones de casos clínicos de patología infecciosa</li> </ul>	3
	9.08.90	<b>Episodios de infección respiratoria de vías altas abordados sin tratamiento antibiótico en niños</b> (Nº de episodios en niños de 0 a 14 años con historia clínica activa, con diagnóstico de infección respiratoria de vías altas que no reciben antibióticos/Nº de episodios en niños de 0 a 14 años con historia clínica activa, con diagnóstico de infección respiratoria de vías altas) x 100.	<p>Registro de código CIAP R74 incluyendo literales "IRA" y "CVA". <b>Excepción:</b> descriptor "Faringitis" del código R74.</p> <p>No debe constar en la historia la prescripción de antiótico dentro del episodio.</p> <p>Ver ficha del indicador en cuadro de mando específico en eSOAP.</p>	1,5
Continuidad asistencial al alta hospitalaria de los pacientes con IC o EPOC	5.60.50 <i>¡Nuevo!</i>	<b>Ingresos de pacientes dados de alta con diagnóstico principal de IC o EPOC con seguimiento al alta</b> (nº de ingresos de pacientes con diagnóstico principal de IC o EPOC con informe de alta de hospitalización o informe de cuidados enfermeros disponible en HORUS con registro en el protocolo de seguimiento telefónico al alta en las primeras 72 horas/ nº de ingresos de pacientes con diagnóstico principal de IC o EPOC con informe de alta de hospitalización disponible en HORUS en las primeras 24 horas) x 100	Se requiere un seguimiento tras el alta <b>antes de las 72 horas</b> del que quede constancia mediante el registro <b>de, al menos, dos DGPS distintos</b> en el Protocolo de <i>seguimiento telefónico al alta</i> .	2



**PROCESOS ASISTENCIALES:** continuación

OBJETIVO	CÓDIGO INDICADOR	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
Fomentar la adecuación y seguridad de los tratamientos	6.20.02	<b>Porcentaje de pacientes <math>\geq</math> 65 años con dosis altas de citalopram y escitalopram</b> (Promedio mensual de pacientes $\geq$ 65 años con envases facturados de productos con escitalopram (N06AB10) a dosis 15 y 20 mg o con citalopram (N06AB04) a dosis de 30 mg /Promedio mensual de pacientes $\geq$ 65 años con envases facturados de escitalopram o citalopram en cualquiera de sus dosis) x 100.	Ver manual de indicadores de Farmacia.	1,25
	6.20.11	<b>Porcentaje de pacientes <math>\geq</math>74 años en tratamiento crónico de AAS a dosis de más de 150 mg</b> (Pacientes $\geq$ 74 años con envases facturados de AAS antiagregante (B01AC06) a dosis >150 mg que han consumido 150 unidades o más en los últimos 6 meses/Pacientes $\geq$ 74 años con envases facturados de AAS antiagregante (B01AC06) en los últimos 6 meses) x 100.	Cambios en la fórmula de cálculo: sustitución de prescripciones por dispensaciones (facturación) Ver manual de indicadores de Farmacia.	1,25
	5.05.13	<b>Porcentaje de pacientes <math>\geq</math>74 años con medicamentos potencialmente inapropiados (MPI)</b> (Promedio mensual de pacientes $\geq$ 74 años con envases facturados de los principios activos considerados entre los MPI/Promedio mensual de pacientes $\geq$ 74 años con envases facturados de cualquier medicamento) x 100	Ver manual de indicadores de Farmacia.	1,25
	5.05.14	<b>Porcentaje de pacientes <math>\geq</math>74 años con AINE crónico.</b> (Pacientes $\geq$ 74 años con envases facturados de AINE sistémico (M01A), (exceptuando los SYSADOA SGQT M01AX) que han consumido 180 DDD o más en los últimos 6 meses/ Pacientes $\geq$ 74 años con envases facturados de cualquier AINE sistémico (exceptuando los SYSADOA SGQT M01AX) en los últimos 6 meses) x 100	Ver manual de indicadores de Farmacia.	1,25
	6.20.03 <b>¡Nuevo!</b>	<b>Pacientes <math>\geq</math>18 años con combinaciones de fármacos inadecuadas/1000 habitantes</b> (Pacientes adultos con prescripciones activas de alguna de las siguientes cinco combinaciones: Combinaciones de fármacos que actúan en el Sistema Renina-Angiotensina, fármacos que actúan en el Sistema Renina-Angiotensina + Sacubitrilo/Valsartan, iDPP4 + arGLP-1, medicamentos para demencia + antimuscarínicos urinarios, Bifosfonatos + Denosumab/ Población con tarjeta sanitaria $\geq$ 18 años) x 1000	Se han seleccionado determinadas combinaciones de medicamentos que incrementan el riesgo de efectos adversos en los pacientes y no están justificadas en términos de eficacia en la mayoría de los casos Ver manual de indicadores de Farmacia.	3

**ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS (23,5 PUNTOS):** Incluye las dimensiones de la calidad: humanización, accesibilidad, equidad, personalización de la atención, autocuidado, participación ciudadana y satisfacción.

OBJETIVO	CÓDIGO INDICADOR	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
Desarrollar e implantar las líneas estratégicas de la Consejería de Sanidad y de la GAAP	5.09.10 ¡Nuevo!	<b>Acciones desarrolladas para el despliegue en los centros de la Estrategia de Salud Comunitaria</b> (nº de acciones desarrolladas)	<p><b>La Estrategia de Salud Comunitaria (ESC)</b> de la Comunidad de Madrid en su EJE 1- difusión y comunicación, contempla la <b>realización de las siguientes acciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Designar un <b>Responsable de Salud Comunitaria</b> por cada Centro de Salud (anteriormente denominado Responsable EPS).</li> <li>- Realizar la <b>sesión de reversión de la ESC</b> a los profesionales del Centro de Salud con el material normalizado entregado por la DA.</li> </ul> <p>Se aportará formulario para cumplimentar el nombre del Responsable de SC y el acta de la sesión de reversión para la firma de los asistentes (<a href="#">En SALUDA/AP/ CPC 2023/Formularios</a>)</p> <p>Valoración y validación por la Dirección Asistencial al cierre</p>	2
	5.09.11 ¡Nuevo!	<b>Acciones desarrolladas para el despliegue en los centros de la Estrategia de Humanización</b> (nº de acciones desarrolladas)	<p>La <b>Estrategia de Humanización de la Comunidad de Madrid</b> contempla las siguientes acciones a desarrollar en los Centros de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumplimentar el <b>modelo de evaluación SER+HUMANO</b></li> <li>- <b>Elaborar la memoria</b> con las evidencias que sustenten las respuestas del modelo SER+HUMANO</li> </ul> <p>Se aportará modelo y formulario para la elaboración de la memoria (<a href="#">En SALUDA/AP/ CPC 2023/Formularios</a>)</p> <p>Valoración y validación por la Dirección Asistencial al cierre</p>	2
	5.08.61 ¡Nuevo!	<b>Episodios APADE creados por enfermería</b> (nº de episodios APADE creados por enfermería/ nº total de episodios creados en el centro)x100	<p>Para cumplir la implantación de APADE se requiere la realización de dos acciones por parte de los Centros de Salud:</p> <p><b>Acción 1:</b> Tener <b>implantado un circuito APADE en el Centro de Salud</b> (Sí/No). Acción validada por la Dirección Asistencial al cierre. Su cumplimiento es preciso para entrar a valorar la acción 2.</p> <p><b>Acción 2:</b> Alcanzar el objetivo de <b>episodios creados por enfermería (nº episodios creados por enfermería x 100 /nº total de episodios creados en el Centro)</b>. Para esta acción se valorarán los episodios en AP Madrid abiertos por las enfermeras que contengan al menos un registro.</p> <p>Los criterios de cumplimiento y las metas de este indicador se podrán consultar en el Anexo II Objetivos y criterios de valoración del cumplimiento CPC 2023 (Estarán disponibles en <a href="#">Saluda/Contrato programa de Centro 2023/Anexos al CPC 2023</a>)</p>	3
	2.50.08 ¡Nuevo!	<b>Implantación del proyecto de Gestión de la Demanda en las Unidades de Atención al Usuario (GD UAU)</b> (nº citas semanales en agendas GD UAU con palabra clave/nº profesionales sanitarios del centro)	<p><b>Agendas GD UAU</b> son las agendas de “Gestiones Administrativas del Ciudadano” y la de “Gestión Demanda no Programada UAU”.</p> <p>Las citas con <b>palabras clave “NOAP” o “NPA**”</b> se ponderarán “x 3”, o sea <b>cada cita contará como 3 citas</b> (pendiente de confirmar/corregir tras la primera medición).</p> <p>La medición se realizará <b>una vez al trimestre sobre una muestra semanal</b>.</p> <p>Los <b>resultados del primer trimestre</b> se considerarán <b>valores de referencia</b> para el cálculo del umbral de excelencia y del límite inferior de valoración.</p>	3

**ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS:** continuación

OBJETIVO	CÓDIGO INDICADOR	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
Mejorar los resultados clave en calidad asistencial	6.02.20	<b>Índice global de satisfacción</b> (N.º pacientes satisfechos y muy satisfechos con la atención recibida en los segmentos estudiados/ N.º total pacientes) x 100	Conocer a través de la encuesta de satisfacción del 2023 los pacientes satisfechos y muy satisfechos con la atención recibida en los segmentos estudiados.	5
	2.00.10	<b>Porcentaje de acciones desarrolladas para mejorar los resultados clave de la organización.</b> (N.º de acciones desarrolladas para mejorar los resultados clave de la organización/ N.º total de acciones propuestas) x 100	<p><b>Revisar en una reunión de equipo</b> los resultados de cierre del CPC 2022. Si en efectividad y seguridad del paciente los resultados del centro no alcanzan el estándar, se analizarán y se establecerán al menos 3 acciones de mejora (las acciones de mejora deben incluir actuaciones, responsables y cronograma).</p> <p>Se priorizarán acciones de mejora sobre indicadores que <b>sigan incluidos en el CPC 2023.</b></p> <p>Se aportará formulario para su cumplimentación (<a href="#">En SALUDA/AP/ CPC 2023/Formularios</a>)</p> <p>Valoración y validación por la Dirección Asistencial al cierre.</p>	3
Mejorar la atención y la autonomía del paciente	6.02.35	<b>Reclamaciones de trato=0. Reducción de las reclamaciones de trato</b> (N.º reclamaciones por motivo trato en 2023 - N.º reclamaciones en 2022 por el mismo motivo/ N.º reclamaciones por trato inadecuado de 2022) x 100.	<p>Objetivo: Reducir las reclamaciones por trato inadecuado en los CS.</p> <p><b>Metas:</b> ver documento Anexo II. <a href="#">Objetivos y criterios de valoración cumplimiento CPC 2023</a> en Saluda/Contrato programa de Centro 2023/Anexos al CPC 2023.</p>	3
	6.02.36 <b>¡Nuevo!</b>	<b>Reducción del tiempo de contestación de reclamaciones por debajo del legal establecido de 30 días hábiles</b> (Días hábiles de demora en contestación de reclamaciones en 2023/ Días hábiles de demora en contestación de reclamaciones en 2022) x 100.	<p>Tal y como indica el artículo 5 de la Orden 605/2003, de 21 de abril, de las Consejerías de Presidencia y Sanidad, por la que se desarrolla el Sistema de Sugerencias, Quejas y Reclamaciones de la Comunidad de Madrid en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, el plazo de contestación de las reclamaciones es de <b>30 días hábiles desde la fecha en que fue interpuesta.</b></p> <p>Con el presente indicador se pretende incentivar de forma gradual, a aquellos centros que incorporan <b>una mejora en el tiempo de respuesta</b>, que redunde en una mejora de la calidad percibida por el ciudadano al tener la contestación a su reclamación en el menor tiempo posible.</p> <p><b>Metas:</b> ver documento Anexo II. <a href="#">Objetivos y criterios de valoración cumplimiento CPC 2023</a> en Saluda/Contrato programa de Centro 2023/Anexos al CPC 2023.</p>	1

### ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS: continuación

OBJETIVO	CÓDIGO INDICADOR	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
Proteger a los profesionales sanitarios y pacientes	5.08.60	<b>Cobertura del programa de vacunación frente a neumococo en adultos.</b> (Nº de personas de 60 o más años con al menos una dosis de vacuna frente a neumococo/ N.º de personas de 60 o más años) x100	Fuente: SISPAL <b>Meta:</b> mejorar resultado del año previo	1,5

## INNOVACIÓN Y MEJORA ORGANIZATIVA (10 PUNTOS):

Incluye las dimensiones: investigación, innovación, participación de los profesionales, generación de valor, transparencia y evaluación.

OBJETIVO	CÓDIGO INDICADOR	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
Promover el desarrollo y la participación en proyectos de investigación	7.06.02	<b>Profesionales sanitarios distintos que participan como investigadores en proyectos de investigación sin financiación externa.</b> (N.º de profesionales sanitarios distintos que participan como investigadores en proyectos de investigación sin financiación externa / N.º total de profesionales sanitarios del centro) x 100	<b>Proyectos no financiados:</b> proyectos que no cuentan con ningún tipo de financiación específica para su desarrollo.  <b>Proyectos financiados:</b> proyectos que cuentan con financiación obtenida a través de convocatorias competitivas de ayuda a la investigación de organismos públicos (Fondo de Investigación Sanitaria (FIS); Ministerio de Economía y competitividad); fundaciones sin ánimo de lucro; Sociedades Científicas; Universidades y similares; Colaboración Cochrane o Instituto Joanna Briggs.  Se contabilizará el número de profesionales sanitarios distintos que participan como investigadores, bien sea como Investigador Principal, Investigador Colaborador o miembro de un Grupo Clínico-Asistencial (participación debidamente acreditada).	1,5
	7.06.07	<b>Profesionales sanitarios distintos que participan como investigadores en proyectos financiados en convocatorias de concurrencia competitiva.</b> (N.º de profesionales sanitarios distintos que participan como investigadores en proyectos de investigación financiados a través de convocatorias competitivas de ayudas a la investigación y/o en revisiones sistemáticas / N.º total de profesionales sanitarios del centro) x 100	Sólo se contabilizará la participación en proyectos que cuenten con el informe favorable de alguna Comisión de Investigación de la Gerencia (CCI o CLI) y que estén activos durante el año evaluado.	1,5
Contribuir a la difusión del conocimiento	8.04.10	<b>N.º de publicaciones distintas (originales, no originales, libros o capítulos de libro) en el año en curso en las que participan profesionales del centro.</b> (N.º de publicaciones distintas (originales, no originales, libros o capítulos de libro) en el año en curso)	Se valorarán los libros y capítulos de libros identificados por ISBN, ISSN o depósito legal.  No se considerarán publicaciones los repositorios y/o suplementos de revistas con resúmenes de congresos.  Publicaciones en formato digital: se consideran aquellas que cuentan con un comité editorial.  Autor de una publicación: profesional cuyo nombre figura en la línea de autores o profesional cuyo nombre figura relacionado por autoría corporativa en un grupo de investigación, siempre que la relación de los autores conste en algún lugar del artículo o sea identificable en la base de datos donde esté indexada la revista.	2

**INNOVACIÓN Y MEJORA ORGANIZATIVA:** continuación

OBJETIVO	CÓDIGO INDICADOR	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
<b>Promover la formación de los profesionales en las líneas estratégicas de la organización</b>	<b>7.05.15</b>	<b>Profesionales sanitarios distintos formados en alguna línea estratégica de la organización.</b> [N.º de profesionales sanitarios distintos (CIAS diferentes) que han realizado al menos un curso acreditado relacionado con alguna línea estratégica de la GAAP/N.º total de profesionales sanitarios del centro] x 100.	Se incluye la AUTOFORMACIÓN: Acreditada para profesionales sanitarios, y no acreditada para profesionales no sanitarios  Para los profesionales sanitarios, además de la formación acreditada organizada por la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, se incluyen las actividades formativas realizadas con la Subdirección General de Farmacia.	<b>2,5</b>
	<b>7.05.16</b>	<b>Profesionales no sanitarios distintos formados en alguna línea estratégica de la organización.</b> [N.º de profesionales no sanitarios distintos (CIAS diferentes) que han realizado al menos un curso relacionado con alguna línea estratégica de la GAAP/ N.º total de profesionales no sanitarios del centro] x 100.	Únicamente la formación organizada por otras instituciones deberá ser registrada individualmente por cada profesional en FORMAP.  Quedan excluidos del cálculo los profesionales sanitarios y no sanitarios de las Unidades de Atención Específica asociados al CS y profesionales de los Centros de Atención Continuada  Líneas Estratégicas/Áreas Temáticas disponibles en <a href="http://FormaciónContinuada(madrid.org)">Formación Continuada (madrid.org)</a>	<b>2,5</b>

## SOSTENIBILIDAD (21,5 PUNTOS):

Incluye las dimensiones: equilibrio presupuestario, eficiencia, suficiencia de recursos.

OBJETIVO	CÓDIGO INDICADOR	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
Promover el uso eficiente de los recursos humanos y materiales	9.01.01	<b>Capítulo I: presupuesto de cobertura de ausencias.</b> (Gasto/Dotación presupuesto) x 100.	Grado de cumplimiento respecto a la dotación de presupuesto para la gestión de cobertura de ausencias de los profesionales del centro.	10
	9.02.02	<b>Capítulo II: consumo de material sanitario.</b> (Gasto/Dotación presupuesto) x 100.	Grado de cumplimiento respecto al presupuesto asignado en consumo de material sanitario (concepto 270).	5
	9.04.04 <b>¡Cambia!</b>	<b>Ingresos facturados a terceros.</b> (% cumplimiento del índice sintético)	Índice sintético compuesto por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• % Errores en la recogida de datos para facturación</li> <li>• Volumen de facturación (nº facturas emitidas)</li> <li>• Población asignada al centro</li> </ul> Comenzará a aplicarse a partir de junio de 2023.	2
Promover medicamentos que contribuyan a la sostenibilidad del sistema	9.13.04	<b>Porcentaje de envases de principios activos con EFG.</b> (Envases facturados de medicamentos que disponen de EFG a través del código SNOMED CTAEM2 (principio activo, dosis, forma farmacéutica, nº de unidades del envase)/ Envases de facturados de medicamentos) x 100.	La interpretación del resultado de este indicador debe hacerse conjuntamente con los indicadores de seguimiento %EFG y de prescripción por principio activo.  Ver manual de indicadores de Farmacia.	2,25
	9.13.02	<b>Porcentaje de pacientes con glargina, enoxaparina biosimilar, teriparatida biosimilar.</b> (Promedio mensual de pacientes con envases facturados de insulina glargina biosimilar, enoxaparina biosimilar y teriparatida biosimilar o EFG/ Promedio mensual de pacientes con envases facturados de análogos de insulina de acción prolongada, A10AE04 (glargina), A10AE05 (detemir), A10AE06 (degludec), B01AB04 (dalteparina), B01AB05 (enoxaparina), B01AB06 (nadroparina), B01AB10 (tinzaparina), B01AB12 (bemiparina), H05AA02 (teriparatida)) x 100.	Ver manual de indicadores de Farmacia.	2,25

## **DIMENSIÓN DIRECTIVA**

En la organización del centro y en el despliegue e implantación de las líneas estratégicas de la Gerencia el liderazgo del director tiene un papel fundamental, que se ejerce a través del contacto regular con todos los profesionales que lo integran.

El director de centro tiene que lograr la implicación de todos los profesionales. Cada uno de ellos tiene que tener clara su participación específica dentro del conjunto, asumirla e implicarse en la organización del centro y en la mejora de los resultados.

Es por ello que el director de centro tiene un objetivo añadido, propio de su función directiva que se tendrá en cuenta en la evaluación del desempeño como DC:

**Porcentaje de cumplimiento del CPC y posicionamiento respecto al resto de Centros de Salud y a la media de la Comunidad de Madrid.**



## HOJA DE FIRMA DEL CONTRATO PROGRAMA DE CENTRO

La Gerente Asistencial de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud, D<sup>a</sup> **Almudena Quintana Morgado** y el **Director/a del centro de salud** ....., en representación de los profesionales del mismo y en el marco de las líneas estratégicas de la Consejería de Sanidad para Atención Primaria, acuerdan el presente contrato programa para el año 2023, que representa la contribución a la mejora que cada centro realiza al conjunto de objetivos de la organización.

En Madrid, a ..... de ..... de 2023

GERENTE ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

DIRECTOR/A DEL CENTRO DE SALUD

Fdo.: D<sup>a</sup> Almudena Quintana Morgado

Fdo.: D/D<sup>a</sup> .....